

Tilburg University

Posttraumatische stress-stoornis

van Hest, M.; Vingerhoets, A.J.J.M.; Zwartjes, G.; de Smet, J.

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

Publication date:
1999

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Hest, M., Vingerhoets, A. J. J. M., Zwartjes, G., & de Smet, J. (1999). Posttraumatische stress-stoornis: de relatie met alexithymie en coping. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41(6), 341-346.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Posttraumatische stress-stoornis: de relatie met alexithymie en coping

M.A.G. VAN HEST, A.J.M. VINGERHOETS, G.C. ZWARTJES, J.S. DE SMET

SAMENVATTING Het doel van deze studie was het onderzoeken van de relatie tussen post-traumatische stress-stoornis (PTSS) enerzijds, en coping en alexithymie anderzijds. Verwacht werd dat getraumatiseerde patiënten meer alexithym zijn en een meer emotiegericht copingstijl vertonen dan een niet-getraumatiseerde controlegroep. Voorts onderzochten we de mogelijk verschillende effecten van type 1- en type 2-trauma en of psychotherapie wellicht een gunstig effect heeft op coping en alexithymie. De gegevens werden verkregen van 30 getraumatiseerde vrouwen, die voldeden aan de DSM-IV-criteria voor PTSS, alsmede van 31 niet-getraumatiseerde vrouwen. Alle deelnemers vulden daartoe de Toronto Alexithymia Scale (TAS) en de Utrechtse Coping Lijst (UCL) in. De TAS bevat de volgende drie schalen: (1) het identificeren van emoties; (2) het beschrijven van emoties; en (3) externgericht denken. Binnen de UCL kunnen de volgende zeven subschalen onderscheiden worden: (1) actieve copingstrategieën toepassen; (2) palliatief reageren; (3) vermijding; (4) zoeken van sociale steun; (5) passieve copingstrategieën toepassen; (6) het uiten van emoties; en (7) geruststellende gedachten. De PTSS-patiënten scoorden hoger op de TAS dan de controles en blijken met name meer moeite te hebben met het beschrijven en herkennen van emoties. Ook vertoonden zij een meer passieve, palliatieve en vermijdende copingstijl dan de controlegroep. Er werden geen verschillen gevonden tussen type 1- en type 2-getraumatiseerden. Verder werden aanwijzingen verkregen dat therapie mogelijk een gunstig effect heeft voor coping en het kunnen ervaren van emoties. Deze resultaten suggereren dat alexithymie en de veranderde coping gezien moeten worden als mechanismen die dienen om pijnlijke gevoelens te vermijden. Verder onderzoek moet uitwijzen of de hier gemeten variabelen zinvol kunnen zijn als uitkomstmaat bij de evaluatie van interventies voor traumaslachtoffers.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 6, 341-348]

TREFWOORDEN alexithymie, coping, posttraumatische stress-stoornis, psychotrauma

Het ervaren van traumatische gebeurtenissen, zoals seksueel misbruik, kan leiden tot een post-traumatische stress-stoornis (PTSS). Albach (1993), bijvoorbeeld, vond in haar onderzoek dat 62% van de onderzochte incestslachtoffers ($n = 97$) PTSS-symptomen ontwikkelde. Rothbaum & Foa (1993) beweerden zelfs dat 95% van verkrachtingsslachtoffers binnen twee weken na het voorval PTSS-symptomen ontwikkelde. Meestal

betreft het symptomen als het herbeleven van de gebeurtenis, het vermijden van de aan het trauma verwante stimuli en een verhoogde prikkelbaarheid, die tot maanden en zelfs jaren na de verkrachting kunnen optreden.

Het verwerkingsproces na confrontatie met traumatische gebeurtenissen verloopt in het algemeen als volgt. Direct na de confrontatie ontstaat er een gevoel van verbijstering en ongeloof,

dat soms gepaard gaat met een emotionele uitbarsting. Vervolgens vindt er gedurende bepaalde tijd afwisselend ontkenning en herbeleving plaats. In gunstige gevallen vindt er uiteindelijk integratie van de traumatische gebeurtenis binnen de zelfstructuur van de persoon plaats. De traumastimulus wordt dan geïntegreerd in de bestaande schemata en blijft niet in het werkgeheugen zitten (Horowitz 1979). Daarvoor is het nodig dat er nieuwe assumpties, verwachtingen en ideeën over de persoon zelf gevormd worden. Dit moet uiteindelijk leiden tot accommodatie, het aanpassen van schemata om er nieuwe informatie in te plaatsen (Kleber & Brom 1992).

In geval van PTSS heeft er geen goede verwerking van de traumatische gebeurtenis plaatsgevonden. Het blijven herbeleven van de traumatische ervaring brengt zeer pijnlijke emoties met zich mee. Als gevolg daarvan worden controleprocessen geactiveerd met als functie het gevoel van machteloosheid en kwetsbaarheid te verzachten. Als een individu de stressvolle of traumatische gebeurtenis als onveranderbaar en niet-beïnvloedbaar ervaart, leidt dat noodzakelijkerwijs tot emotiegerichte coping (Van der Hart 1995). Dit gebeurt met name wanneer er al sprake is van dissociatie tijdens ('peritraumatisch') het psychotrauma (Marmar e.a. 1994). Dissociatieve fenomenen die peritraumatisch kunnen optreden, zijn onder andere verdoving, hypaesthesie (zowel voor pijn als emoties), amnesie en 'uittreding'.

Alexithymie (Den Hollander e.a. 1991; Nemiah 1996; Sifneos 1972, 1996) verwijst naar het niet kunnen verwoorden en herkennen van de eigen emotionele toestand. Alexithyme personen worden ook wel beschreven als emotionele anal-fabeten (Freedman & Sweet 1954), die moeite hebben met het identificeren van subjectieve gevoelens en met het toeschrijven van gevoelens aan anderen. Kenmerkend is een cognitieve stijl waarin fantasie ontbreekt, alsmede de neiging tot het herhaaldelijk opsommen van gedetailleerde externe gebeurtenissen (Den Hollander e.a. 1991; Freyberger 1977; Taylor e.a. 1997). Het

extern-gerichte denkvermogen van psychosomatische patiënten met alexithymie bemoeilijkt een inzichtgeoriënteerde behandeling, omdat zij niet tot introspectie in staat zijn (Shands 1977). Volgens Krystal (1979) kunnen deze patiënten wel vooruitgang boeken door psychotherapie, maar alleen als zij leren hun affectieve toestand te herkennen.

Freyberger (1977) maakt onderscheid tussen primaire en secundaire alexithymie. Primaire alexithymie wordt beschreven als een stabiel persoonlijkheidskenmerk dat als een risicofactor voor het ontwikkelen van psychosomatische klachten kan worden beschouwd. Secundaire alexithymie daarentegen wordt beschouwd als een reactie op ziekte of blootstelling aan andere ingrijpende stressoren. Dit wordt bevestigd door Krystal (1979), die beweert dat een intern of extern trauma bij volwassenen regressie van affectieve functies tot gevolg heeft.

Het grootste deel van het onderzoek naar alexithymie heeft zich tot nu toe gericht op psychosomatische patiënten; slechts een paar studies hebben zich gericht op traumatische ervaringen. In verschillende onderzoeken met Vietnam-veteranen met PTSS (Arnold 1985; Figley 1978; Hyer 1986; Robert 1985) zijn symptomen gerapporteerd die doen denken aan alexithymie, zoals emotionele verwarring en verbale concreetheid. Krystal (1979) beschreef als eerste alexithymiesymptomen van PTSS bij overlevenden van concentratiekampen en stelde dat alexithymie zich kan ontwikkelen als reactie op een zwaar psychisch trauma, als een mechanisme om pijnlijke gevoelens te vermijden. Het alexithyme individu heeft primitieve, ontoegankelijke cognitieve schemata en is daardoor niet in staat de stressor in een schema te integreren (zie ook Hyer e.a. 1991). In een onderzoek van Moorman e.a. (1997) scoorden seksueel misbruikte vrouwen hoog op alexithymie; zij hadden met name weinig inzicht in hun emoties en hadden moeite met het beschrijven van emoties. Tevens vertoonden zij een gebrekkig fantasieleven en een 'pensée opératoire' (operatief, concreet denken).

De relatie tussen PTSS en alexithymie is nog niet helemaal duidelijk. Is alexithymie het gevolg van een trauma of hebben ernstig alexithymen een groter risico op het ontwikkelen van PTSS (Hyer e.a. 1991)? Hyer & Summer (1995) geloven dat alexithymie normaal is bij traumaslachtoffers. Zij stellen dat het in dat geval niet een stabiele persoonlijkheidstrekk is, maar een reactie op een stressor. Shalev e.a. (1997) vonden een risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS bij slachtoffers van geweld. Als een slachtoffer direct na de traumatische gebeurtenis peritraumatische dissociatie vertoont, is de kans groter dat het slachtoffer PTSS ontwikkelt dan wanneer er geen sprake is van dissociatie.

Traumaslachtoffers met peritraumatische dissociatie (het gevoel van verdoving en vervreemding) worden geplaagd door gevoelens van 'onwerkelijkheid', alsof ze dromen en black-outs hebben, alsof ze naar een ander kijken in plaats van naar zichzelf, alsof ze losgekoppeld zijn van hun lichaam. Blijkbaar zijn er dus al problemen met het onder woorden brengen van emoties, voordat er sprake is van PTSS. Ook Marmar e.a. (1994) bevestigen deze bevindingen en stellen dat een gevoel van verdoving ten tijde van een traumatische gebeurtenis een manier is om zich aan te passen en zich te beschermen tegen pijnlijke gevoelens.

In het huidige onderzoek richten we ons op de vraag of traumatisering invloed heeft op de gevoelsregulatie. Volgens Zeitlin e.a. (1993) is deze invloed sterker naarmate de traumatisering vroeger in de ontwikkeling plaatsgevonden heeft of langduriger is geweest. Complexe traumatische gebeurtenissen die een langere periode beslaan en plaatsvinden in de vroegkindelijke emotionele ontwikkeling, zoals incest, mishandeling en/of emotionele verwaarlozing, worden ook wel aangeduid als type 2-trauma. Het gaat hier om een klinisch onderscheid, dat relevant lijkt ten aanzien van de mate waarin de gevolgen van traumatisering structureel (persoonlijkheidsverandering) dan wel symptomatisch zijn (Terr 1991). Gaat het om een eenmalige traumatische ervaring, bijvoorbeeld verkrachting, dan

sprekt men wel van een type 1-trauma.

Verwacht wordt dat patiënten met PTSS hoger zullen scoren op alexithymie en een meer emotiegerichte copingstijl vertonen dan niet-getraumatiseerde vrouwen. Bij patiënten met PTSS type 2 zal dit sterker naar voren komen dan bij getraumatiseerde patiënten met type 1. Ten slotte wordt onderzocht of een therapeutische behandeling invloed heeft op de gevoelsregulatie en coping.

METHODE

Respondenten Aan het onderzoek namen 30 vrouwen (gemiddelde leeftijd = 31.1 jaar, s.d. = 9.1) deel, allen gediagnosticeerd volgens Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-criteria op basis van psychiatrisch en psychologisch onderzoek als lijdend aan PTSS, en allen onder psychotherapeutische behandeling. Negen vrouwen hadden PTSS ontwikkeld als gevolg van een eenmalige traumatische gebeurtenis, waaronder aanranding, verkrachting of ongeval, en 21 als gevolg van langdurige traumatisering, met name seksueel misbruik of een combinatie van gebeurtenissen. De onderzochte personen zijn als volgt onder te verdelen in verschillende gradaties van PTSS-complexiteit: 21 leden aan PTSS in zijn simpelste vorm, 2 aan 'Dissociatieve Stoornis Niet Anderszins Omschreven' en 7 aan de Dissociatieve Identiteitsstoornis, voorheen Multiple Persoonlijkheidsstoornis.

Veertien patiënten werden poliklinisch behandeld en 16 in deeltijdbehandeling. De therapie bestond bij 9 personen uit alleen psychotherapie en bij 16 uit psychotherapie en medicatie. De overige 5 waren (nog) niet in behandeling. Alle getraumatiseerde respondenten werden geworven via het patiëntenbestand van een psychiatrisch dagbehandelingcentrum en een psychiatrische polikliniek van een algemeen ziekenhuis. Allen hebben toestemming gegeven voor dit onderzoek. Het onderzoek verliep onder toezicht van de therapeut.

De niet-getraumatiseerde controlegroep bestond uit 31 vrouwen (gemiddelde leeftijd = 37.1 jaar, s.d. = 8.9), geselecteerd uit een bestand van vrijwilligers die aan een eerder psychologisch onderzoek hadden meegewerkt en daarbij hadden aangegeven ook mee te willen werken aan toekomstig onderzoek.

Meetinstrumenten Alexithymie werd gemeten met behulp van de Nederlandse bewerking van de Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby e.a. 1994, Nederlandse bewerking door Trijsburg e.a. 1996). De TAS is een 20-itemvragenlijst met de volgende subschalen: (1) Identificatie van emoties, (2) Beschrijving van emoties en (3) Extern-gericht denken.

Voor het meten van coping werd gebruikge maakt van de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs e.a. 1988). Deze vragenlijst bestaat uit 47 items en meet hoe mensen omgaan met problemen en gebeurtenissen. De volgende zeven dimensies worden gemeten: (1) Actief aanpakken, (2) Palliatieve reactie, (3) Vermijden, (4) Sociale steun zoeken, (5) Passieve reactie, (6) Expressie van emoties en (7) Geruststellende gedachten.

Procedure De vragenlijsten werden bij de patiëntengroep afgenomen door de eigen therapeut. De afname bedroeg per vragenlijst niet langer dan vijftien minuten. Daarna werden de vragenlijsten overgedragen aan de onderzoeker, waarbij om privacyredenen geen namen van de patiënten werden vermeld. De niet-getraumatiseerde groep werd schriftelijk verzocht de beide vragenlijsten thuis in te vullen en deze per post terug te zenden.

RESULTATEN

Alexithymie In tabel 1 worden de uitkomsten op de TAS vermeld voor de beide groepen proefpersonen. Getraumatiseerde patiënten scoorden significant hoger op de TAS dan de niet-getraumatiseerde controlegroep. Ook werden significante verschillen gevonden op de sub-

TABEL 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van TAS totaal en de subschalen voor de patiënten en de controles, alsmede de resultaten van t-toetsen

	Controle (n = 31)	PTSS (n = 30)	t-waarde	p-waarde
TAS	52,0 (13,2)	63,0 (11,7)	3,44	<.01
TASa	17,5 (5,9)	24,6 (6,8)	4,31	<.001
TASb	14,7 (4,2)	17,6 (4,6)	2,55	<.05
TASC	19,8 (4,7)	20,9 (3,5)	1,00	n.s.

TAS = Toronto Alexithymia Scale
TASa = Subschaal 'Herkennen van emoties'
TASb = Subschaal 'Beschrijven van emoties'
TASC = Subschaal 'Externgericht denken'

schalen 'Herkennen van emoties' (TASa) en 'Beschrijven van emoties' (TASb). De subschaal 'Extern-gericht denken' (TASC) toonde geen verschil tussen de beide groepen.

Binnen de patiëntengroep met PTSS werd voorts getoetst of het type trauma van belang was. Er bleek geen significant verschil te zijn in de TAS-scores van patiënten met trauma type 1 en die met trauma type 2. Gemiddelden waren respectievelijk 63,67 en 62,71; $t(23) = 0,21$, ns.

Aangezien de patiënten verschilden in de duur waarin zij therapie gehad hadden, werden zij onderverdeeld in de volgende twee groepen: (1) maximaal zes maanden therapie, en (2) zes maanden of langer therapie. Patiënten met geen of weinig therapie scoorden significant hoger op de TAS-subschaal 'Extern-gericht denken' dan diegenen met meer therapie-ervaring (gemiddelden waren respectievelijk 22,11 en 19,00; $t(21) = 2,48$, $p < .05$).

Coping Tabel 2 geeft voor elk van de zeven schalen van de UCL de resultaten weer. Significante verschillen werden gevonden op de subschalen 'Palliatieve coping', 'Vermijding' en 'Passieve coping'. Patiënten met PTSS hebben een meer passieve en palliatieve copingstijl en hebben de neiging problemen meer te vermijden.

TABEL 2 Gemiddelden en standaarddeviaties van de UCL-subschalen voor de patiënten en de controles, alsmede de resultaten van t-toetsen

	Controle- groep	PTSS	t-waarde	p-waarde
UCL actief	16,7 (3,0)	15,8 (4,6)	-0,93	n.s.
UCL palliatief	17,2 (2,9)	19,8 (3,8)	3,05	<.01
UCL vermijding	14,8 (2,6)	18,6 (3,9)	4,45	<.001
UCL sociale steun	12,6 (3,5)	11,6 (3,1)	-1,19	n.s.
UCL passief	13,2 (3,8)	18,5 (3,8)	5,47	<.001
UCL expressie	6,9 (1,7)	6,1 (2,1)	-1,55	n.s.
UCL geruststellend	12,3 (2,5)	12,6 (3,1)	0,41	n.s.

UCL = Utrechtse Coping Lijst

Binnen de patiëntengroep werden geen significante verschillen op UCL-schalen gevonden tussen de twee types trauma. Wel werden er verschillen gevonden als functie van duur van therapie. Patiënten met maximaal zes maanden therapie scoorden significant hoger dan patiënten met zes maanden of langer therapie op de factoren passieve coping (gemiddelden respectievelijk 19,61 en 16,92, $t(27) = 2,06$) en vermijding (gemiddelden respectievelijk 20,17 en 16,17, $t(26) = 3,23$) en significant lager op sociale steun zoeken (gemiddelden respectievelijk 10,56 en 13,08, $t(23) = -2,27$).

DISCUSSIE

Het doel van het onderzoek was het bestuderen van de relatie tussen PTSS enerzijds en alexithymie en coping anderzijds. Zoals in eerdere onderzoeken werd gevonden (Hyer e.a. 1991; Moorman e.a. 1997; Zeitlin e.a. 1993) bleken ook in het huidige onderzoek de patiënten meer alexithyme trekken te vertonen dan de controle-groep, met name met betrekking tot het herkennen en beschrijven van emoties. Ze gaan op een meer palliatieve, maar vooral passieve en vermij-dende manier met hun problemen om. Hun

copingstijl is dus meer emotiegericht en minder probleemgericht. Deze conclusie wordt nog versterkt door het feit dat met name voor de UCL-dimensies 'Vermijding' en 'Passief'/'Reageren' ook nog geldt dat de scores hoog en zelfs extreem hoog zijn in vergelijking met de beschikbare normgegevens, terwijl de waarden van de controlegroep binnen het normale bereik liggen. Wat betreft de schaal 'Palliatieve reactie' geldt dit evenwel niet; getraumatiseerden en de controle-groep scoren allebei in het normale bereik. Voor de TAS zijn tot op heden nog geen normgegevens beschikbaar, waardoor enige voorzichtigheid bij het trekken van conclusies geboden is.

De verwachting dat patiënten met een langdurige trauma-ervaring meer alexithym zouden zijn dan patiënten met een enkelvoudig trauma werd niet gesteund door de onderzoeksresultaten. Hoewel het een kleine steekproef van type 1-patiënten ($n=9$) betrof, was de absolute grootte van het verschil niet zodanig dat verwacht mag worden dat het hier een type 2-fout betreft. Niettemin is nader onderzoek met een grotere steekproef gewenst. Daarbij dient de voorgeschiedenis van de vrouwen zorgvuldig in kaart te worden gebracht omdat er, zeker bij seksueel misbruikte vrouwen, vaak toch sprake is van meerdere trauma's.

Anderzijds lijkt psychotherapie wel een gunstig effect te hebben op met name het aspect 'Extern-gericht denken'. De therapie bevordert blijkbaar het introspectieve vermogen, hoewel het identificeren en beschrijven van emoties nog problemen blijft geven. De therapie lijkt verder positieve veranderingen te brengen met betrekking tot coping. Op passieve en vermijdende coping wordt na therapie lager gescoord, terwijl het verkrijgen van sociale steun mogelijk wordt bevorderd. Bovendien ontstaat er meer evenwicht tussen emotiegerichte en probleemgerichte coping. Wellicht impliceert dit resultaat dat, naarmate de alexithymie structureler is, in therapie meer aandacht moet worden besteed aan het trainen van waarnemen, verbaliseren, en anderszins tot uitdrukking brengen van emoties,

alvorens kan worden overgegaan naar het openleggen van en/of confronteren met traumatische emotionele ervaringen. Dit lijkt nogal eens vergeten te worden bij de behandeling van traumatische ervaringen, waardoor overspoeling, desintegratie en/of acting-outgedrag (o.a. in de vorm van automutilatie) kan gaan optreden. Hierbij moet wel worden benadrukt dat het hier verschillen betreft tussen twee groepen en niet verschillen tussen een voor- en nameting bij dezelfde groep. Ook dient men zich te realiseren dat het hier gaat om scores, die geen verschillen tussen niet- en wel getraumatiseerden laten zien (o.a. TAS 'Extern-gericht denken' en UCL 'Emotionele steun'). Alvorens men definitieve conclusies kan trekken, dienen deze aspecten dan ook specifiek onderzocht te worden in toekomstig gerandomiseerd onderzoek.

Gezien het retrospectieve karakter kan ook het huidige onderzoek geen definitief antwoord geven op de vraag of alexithymie een primair aanwezige persoonlijkheidstrekk is, waardoor patiënten kwetsbaarder zouden zijn voor het ontwikkelen van PTSS, of dat de alexithyme kenmerken een gevolg zijn van de traumatisering. Enerzijds zou men kunnen concluderen dat het therapieresultaat een indicatie is dat het niet om een premorbide persoonlijkheidskenmerk gaat, anderzijds zou men kunnen stellen dat de patiënten zo lang in therapie zijn gebleven, omdat er zo weinig veranderd is als gevolg van een verankering in de persoonlijkheid. Uiteraard kan alleen toekomstig prospectief onderzoek, hetwelk praktisch moeilijk realiseerbaar is, uitsluitel verschaffen over deze belangrijke vraag.

LITERATUUR

- Albach, F. (1993). *Freud's verleidingstheorie: incest, trauma en histerie*. Academisch proefschrift. Middelburg: Stichting Petra.
- Arnold, A.L. (1985). Diagnosis of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item

Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and crossvalidation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

- Figley, C.R. (red.) (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans*. New York: Brunner/Mazel.
- Freedman, M.B., & Sweet, B.S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 355-368.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Hart, O. van der (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hollander, A.M. den, Bruijn, J.A., & Trijsburg, R.W. (1991). Alexithymie. Fenomenologische, etiologische en therapeutische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33, 577-591.
- Horowitz, M.J. (1979). Psychological response to serious life event. In V. Hamilton & D.M. Warburton (red.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 235-263). Chichester: Wiley.
- Hyer, L. (1986). Inpatient diagnosis of PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 698-702.
- Hyer, L., Woods, G., & Boudewyns, P. (1991). PTSD and alexithymia: Importance of emotional clarification in treatment. *Psychotherapy*, 28, 129-138.
- Hyer, L., & Summer, M.N. (1995). Posttraumatic stress disorder: Silent problem among older combat veterans. *Psychotherapy*, 32, 348-364.
- Kleber, R.J., & Brom, D. (in collaboration with P.B. Defares) (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Krystal, J.H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., e.a. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Moorman, P.P., Bermond, B., Albach, F., e.a. (1997). The etiology of alexithymia from the perspective of childhood sexual abuse. In A. Vingerhoets, F. van Bussel & J. Boelhouwer (red.), *The (non)expression of emotions in health and disease* (pp. 139-153). Tilburg: Tilburg University Press.
- Nemiah, J.C. (1996). Alexithymia: Present, past and future. *Psychosomatic Medicine*, 58, 217-218.

- Robert, J.A. (1985). MCM I characteristics of DSM-III; Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Personality Assessment*, 49, 226-230.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schreurs, P.J.G., Tellegen, B., Van de Willige, G., e.a. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst: handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., e.a. (1997). Predicting PTSD in trauma survivors: Prospective evaluation of self-report and clinical-administered instruments. *British Journal of Psychiatry*, 170, 558-564.
- Shands, H.C. (1977). Suitability for psychotherapy: II. Unsuitability and psychosomatic disease. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 28, 28-35.
- Sifneos, P.E. (1972). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Bagby, R.M. (1997). Relationships between alexithymia and related constructs. In A. Vingerhoets, F. van Bussel & J. Boelhouwer (red.), *The (non)expression of emotions in health and disease* (pp. 103-114). Tilburg: Tilburg University Press.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Trijsburg, W., Passchier, J., Duivenvoorden, H., e.a. (1996). *De Toronto Alexithymie Schaal* (Nederlandse bewerking). Rotterdam: Erasmus Universiteit, afdeling Medische Psychologie & Psychotherapie.
- Zeitlin, S.B., McNally, R.J., & Cassiday, K.L. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: An effect of repeated traumatization? *American Journal of Psychiatry*, 150, 661-663.

AUTEURS

M.A.G. VAN HEST, gezondheids- en omgevingspsycholoog, thans werkzaam als docent op de Hogeschool West-Brabant (Breda), sector Sociaal Agogisch Onderwijs.

G.C. ZWARTJES, als psychiater werkzaam in het Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg.

J.S. DE SMET, als klinisch psycholoog werkzaam in het Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg.

A.J.J.M. VINGERHOETS, universitair docent binnen de vakgroep Psychologie van de Katholieke Universiteit Brabant in Tilburg; tevens verbonden aan de onderzoeksschool Psychology & Health.

Correspondentieadres: A.J.J.M. Vingerhoets, vakgroep Psychologie, Katholieke Universiteit Brabant, Postbus 90.153, 5000 LE Tilburg, telefoon: (013) 4662087, fax: (013) 4662370, e-mail: Vingerhoets@kub.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-2-1999.

SUMMARY Posttraumatic stress-disorder: The relationship with alexithymia and coping – The aim of the present study was to examine the relationship between posttraumatic stress-disorder (PTSD), on the one hand, and coping and alexithymia on the other. It was expected that PTSD-patients revealed more alexithymic characteristics and a more passive and emotion-focussed coping style than healthy controls. We further explored the possible differential effects of type 1 and type 2 traumas and the effects of psychotherapy on coping and alexithymia. Data were obtained from 30 traumatized women (average age = 31.3), who met DSM-IV-criteria for PTSD, and 31 nontraumatized women (average age = 37.1). Questionnaires applied were the experimental Dutch version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS), with three subscales (1) Identification of emotions, (2) Describing of emotions and (3) Externally-oriented thinking, and the Utrecht Coping Checklist containing the following seven subscales (1) Active coping, (2) Palliative reaction, (3) Avoidance, (4) Seeking Social Support, (5) Passive coping, (6) Expression of emotions and (7) Reassuring thoughts. The trauma group scored significantly higher on the total TAS-score, on its subscales 'Identification of emotions' and 'Describing of emotions' and on the coping subscales 'Palliative coping', 'Avoidance', and 'Passive coping'. The results thus suggest that patients with PTSD have

difficulty with describing and recognizing emotions. They also tend to cope in a passive, palliative way and seem to avoid dealing with stressors. No differences were found between type 1 and type 2 traumatized women. We further provided evidence suggesting that psychotherapy has positive effects on alexithymia features and coping. These results suggest that alexithymia and the changed coping behavior may be considered to be mechanisms serving to alleviate painful feelings. Further research should evaluate the possible value of these variables as outcome measures in the evaluation of interventions for traumatized subjects.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 6, 341-348]

KEYWORDS alexithymia, coping, posttraumatic stress disorder, psychotrauma